

Assurance Complémentaire Santé



Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Lamie mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité SIREN 784 647 323

Produit : Offre ex MFFOM – Assurés sociaux

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré-contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau des garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident ou de maladie, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les prestations sont soumises à des plafonds qui varient en fonction de la catégorie à laquelle vous appartenez, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires et actes, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, allocation forfaitaire (18€) pour les actes lourds, chambre particulière
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Honoraires médecins, soins d'auxiliaires médicaux, soins infirmiers, examens de laboratoire, pharmacie à service médical élevé ou modéré, traitement antipaludéen et certains vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact accordées par la Sécurité sociale, matériel pour amblyopie
- ✓ **Frais dentaires** : Prothèses dentaires, réparations accordées par la Sécurité sociale ou le dentiste conseil de la mutuelle, traitements/actes orthodontiques remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ **Acoustique** : Appareillage, frais d'entretien, fourniture, accessoires remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ **Appareillage** : Petit appareillage, orthopédie
- ✓ **Prévention** : Actes de prévention de l'arrêté du 8 juin 2006, cure thermale (dans la limite d'une par an)
- ✓ **Prévoyance pour les -45 ans** : décès, capital éducation, IPA, dépendance, hospitalisation

LES GARANTIES DEPENDANT DU LIEU DE DELIVRANCE DES SOINS

- Prothèses dentaires et réparations refusées par la Sécurité sociale ou le dentiste conseil de la mutuelle
- Lentilles refusées par la Sécurité sociale et le médecin conseil de la mutuelle

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Cautions solidaires pour prêts logement

L'ASSISTANCE ET LES GARANTIES OPTIONNELLES

- ✓ Rapatriement sanitaire
- ✓ **Prévoyance** : pour les + 45 ans décès, incapacité de travail, invalidité et dépendance

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail (couvert si l'adhérent a souscrit à un contrat Prévoyance)
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS)



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation** : La couverture du risque hospitalisation en chirurgie, médecine, maternité, psychiatrie est assurée selon les conditions fixées par le Règlement Fédéral Hospitalier pour les établissements de la mutualité fonction publique
- ! **Chambre particulière en psychiatrie** : prise en charge selon le tarif national opposable pendant un an maximum
- ! **Optique** : . Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue. Prise en charge de 2 équipements sur 2 ans pour les personnes qui souhaitent un équipement de près et de loin. Pour les soins Outre Mer et à l'étranger 90% dans la limite de 61€
- ! **Dentaire** : pour Outre Mer et étranger prise en charge limitée à 90% dans la limite de 200% du tarif de la Sécurité sociale.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où vous résidez à l'étranger, le remboursement se fait à 90 % de dépenses engagées déduction faite du remboursement Sécurité sociale.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par Lamie mutuelle
- Fournir tous documents justificatifs demandés
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre centre de Sécurité sociale
- Nous Informer des événements suivants, par lettre recommandée, dans les trente jours qui suivent la connaissance que vous avez de l'un de ces événements. :
 - Changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
 - Changement de profession : dans ce cas, vous devez fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).

Les paiements sont effectués par prélèvement automatique sur un compte ouvert en France ou exceptionnellement par chèque.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion régulièrement complété, signé et accompagné des pièces demandées.

A compter de la prise d'effet des garanties, vous disposez d'un délai de 30 jours calendaires pour renoncer à votre adhésion.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat ou suite à l'envoi de l'avis d'échéance, en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,